



Programa de prevención de Salud Mental en Atención Primaria pediátrica: un estudio piloto

I. Caro-Cañizares^a, L. Rodríguez Blanco^b, C. Vidal Mariño^b, M. Segura-Valverde^a

^aPsicólogas Clínicas. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

^bPsicólogas Internas Residentes. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Publicado en Internet:
27-junio-2014

Irene Caro-Cañizares:
icaroc@fjd.es

Resumen

Introducción: los trastornos mentales en la infancia son el motivo de consulta no orgánica más importante y el grupo de condiciones crónicas más común atendido en las consultas de Atención Primaria pediátrica. La detección e intervención precoz de estos problemas favorece una rápida recuperación, resultando a largo plazo en una menor carga asistencial.

Método: en el Centro de Salud de Ventura Rodríguez se ha desarrollado un programa piloto con 16 cuidadores principales de los niños y niñas de cero a cinco años, que acudían a las consultas de Pediatría. El programa se llevó a cabo en dos grupos, siguiendo un formato de escuela de padres. Para cada grupo se realizaron dos sesiones de hora y media de duración en las que se combinaron contenidos teóricos con actividades prácticas.

Resultados: en el primer grupo se reflejaron valoraciones positivas acerca de la utilidad de los contenidos y se consideró viable la continuidad del programa. En el segundo grupo, el 100% de los participantes evaluó el grupo como "bueno" o "muy bueno" y consideró útil toda la información del programa.

Conclusiones: los resultados de este programa fueron satisfactorios, lo cual apoya la necesidad de seguir desarrollando actividades de prevención y colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria pediátrica.

Palabras clave:

- Salud Mental
- Infancia
- Prevención primaria
- Escuela de padres

A Mental Health Prevention Program in Pediatric Primary Care: A pilot study

Abstract

Introduction: childhood mental disorders are the most important non-organic reasons for consultation and the most common chronic conditions attended in Pediatric Primary Care. Early detection and intervention may prevent or ameliorate the development of these disorders and reduce healthcare burden in the long run.

Methods: we designed a parenting program for 16 parents or principal caregivers of 0-5-aged children. Participants were recruited from the Pediatric Primary Care services of the Ventura Rodríguez Health Center in Madrid. Participants were divided into two groups according to their children's age. Our program was carried out in two sessions of one hour and a half combining theoretical contents and practical activities.

Results: in the first group, we obtained positive qualitative results regarding the usefulness of the addressed contents and the viability of the program. Quantitative data showed that 100% participants in the second group assessed the program as "Good" or "Very Good" and considered useful all the information provided in the program.

Conclusion: our results support the necessity of implementing prevention activities in the field of childhood mental health. It is also important to promote cooperation between Pediatric Primary Care and Mental Health services.

Key words:

- Mental Health
- Childhood
- Primary Prevention
- Parenting Program

🇬🇧 Texto íntegro en inglés disponible en www.pap.es

Cómo citar este artículo: Caro-Cañizares I, Rodríguez Blanco L, Vidal Mariño C, Segura-Valverde M. Programa de prevención de Salud Mental en Atención Primaria pediátrica: un estudio piloto. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:109-15.

INTRODUCCIÓN

En el año 2010, la actividad asistencial pediátrica en equipos de Atención Primaria (EAP) en los centros propios de la Comunidad Madrid (CM) superó los cinco millones de consultas, con una presión asistencial de 23 personas atendidas al día^{1,2}. En cuanto al número de pacientes atendidos por cada profesional de Pediatría de EAP en la CM, este asciende a 1093³ en el año 2010. Específicamente, en la conocida como Área 6 (zona oeste de la CM, a la que pertenece el Centro de Salud de Ventura Rodríguez) la *ratio* fue la mayor de esta comunidad, con 1294 pacientes atendidos por cada profesional. Esto se traduce en un exceso de demanda y tiempo limitado para atender a cada paciente.

Kelleher y Stevens⁴, en su revisión acerca de la evolución de la Salud Mental infantil en los Servicios de Atención Primaria, recogen que los trastornos mentales en la infancia son el grupo de condiciones crónicas más comunes atendidas en las consultas pediátricas. Datos similares se han encontrado en población española⁵.

A nivel global, se estima que la tasa de prevalencia de trastornos mentales en la infancia se encuentra aproximadamente entre el 14 y el 22%⁶. Más específicamente, otros autores han encontrado prevalencias elevadas en trastornos relacionados con problemas de conducta (entre un 3 y un 7%⁷), problemas de aprendizaje (al menos un 5%⁸), trastornos del estado de ánimo (entre un 1 y un 3% para depresión, y entre un 3 y un 7% para distimia⁹) y problemas de ansiedad y fobias (entre un 1 y un 16%¹⁰).

Tal y como refieren diferentes autores¹¹⁻¹⁵, la detección temprana y la intervención precoz de estos problemas favorece una rápida recuperación. En este sentido, la figura del pediatra de EAP podría ser crucial, ya que se trata del profesional de referencia para los padres y en quien confían para la intervención en los problemas infantiles.

A pesar de esta situación, en la CM no existen actualmente profesionales de Salud Mental en los

centros de Atención Primaria (AP). No obstante, desde hace cuatro años, se incluye en el programa de formación de especialista en Psicología Clínica (psicólogo interno residente [PIR]) la rotación por AP, con una duración de tres meses. En relación a la población infantojuvenil, las actividades que se realizan se refieren a la participación en la consulta del pediatra y de enfermería de EAP, y la participación y colaboración en programas preventivos y de promoción de la salud¹⁶.

Dadas las dificultades en la relación padres-hijos observadas desde este dispositivo, surge la necesidad de crear una escuela de padres que permita dotar a los cuidadores principales de herramientas de manejo y detección precoz de problemas. Este tipo de intervenciones está más consolidado en otros países, donde existen programas estandarizados que han demostrado su efectividad, como el *STAR Parenting Program* en EE. UU., que se centra en el incremento de las habilidades de manejo de conducta en padres de niños de entre uno y cinco años¹⁷ o los programas del *Centre for Parents and Child Support* de Londres, que entre otros aspectos se dirigen a la mejora de la interacción paternofamiliar^{18,19}. La efectividad de este tipo de intervenciones tempranas para la promoción del bienestar emocional y social en niños menores de cinco años se hace evidente en un estudio de metaanálisis reciente²⁰.

El objetivo principal de la escuela de padres radica en la prevención del desarrollo de problemas de Salud Mental en la infancia y la disminución de la sobrecarga de consultas pediátricas. Para ello, se llevó a cabo un programa piloto de trabajo con los cuidadores principales de los niños y niñas de cero a cinco años que acudían a las consultas de Pediatría.

MÉTODOS

Población

Se realizaron dos intervenciones grupales en el Centro de Salud de Ventura Rodríguez (Madrid, España). La primera intervención se llevó a cabo du-

rante el mes de agosto de 2010. Este grupo estaba compuesto por un total de seis padres, madres y cuidadores de cuatro niños de entre dos y cinco años, reclutados desde la consulta de Pediatría durante los meses de julio y agosto. Se realizó un recordatorio telefónico la semana previa a la primera reunión grupal. La segunda intervención se llevó a cabo durante el mes de agosto de 2011. Este grupo estaba compuesto por diez padres, madres o cuidadores de un total de seis bebés de cero a tres meses, que fueron reclutados siguiendo el mismo procedimiento que en el primer grupo (comunicación personal desde la consulta de Pediatría en el mes previo y recordatorio telefónico la semana antes de la primera reunión grupal).

Contenidos

Los contenidos del primer grupo se centraron en la transmisión de nociones básicas de estilos de parentalidad, identificando los estilos propios de los cuidadores y aquellos con que fueron criados, pautas de modificación de conducta y manejo de contingencias, habilidades para el establecimiento de límites y el control de rabietas.

Los contenidos del segundo grupo estuvieron basados en el establecimiento del vínculo y desarrollo del apego con el niño, el desarrollo de habilidades de adaptación a la nueva situación y la adquisición de conocimientos básicos sobre los distintos estilos de parentalidad y modificación de conducta para el establecimiento de límites en el futuro.

Ambos grupos constaron de dos sesiones de una hora y media cada una, con periodicidad semanal, las cuales fueron conducidas por la residente de Psicología que rotaba por AP en ese momento, supervisadas por la pediatra y evaluadas por una observadora (enfermera) para asegurar el cumplimiento de los objetivos. Las sesiones se dividieron en diferentes bloques en función de los temas que se iban a tratar, en los cuales las exposiciones teóricas fueron intercaladas con actividades prácticas y discusión grupal.

Evaluación

En el primer grupo, se pretendía valorar la posibilidad de desarrollo del programa (existencia de demanda, disponibilidad de espacio físico, aceptación por parte del resto de profesionales, etc.), por lo que no se utilizaron instrumentos de evaluación estructurados. Se recogieron las impresiones globales, expresadas verbalmente, de los participantes, así como del resto del personal del centro.

En el segundo grupo, ante la experiencia previa, la evaluación de la calidad de la intervención y de la satisfacción de los participantes se llevó a cabo mediante un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas que los padres, madres y cuidadores asistentes al grupo cumplieron en la última sesión del programa educativo.

El cuestionario constaba de diez preguntas cerradas tipo Likert que evaluaban una impresión global del curso, percepción de mejoría en el conocimiento de aspectos relacionados con los contenidos de las sesiones, valoración de aspectos formales relativos a la actuación de los profesionales que llevaban el grupo y valoración del espacio físico donde se desarrolló el grupo. Además, se incluyeron dos preguntas abiertas acerca de la utilidad percibida de los contenidos trabajados en el grupo.

En este segundo grupo se contó también con una observadora externa que evaluó el nivel de asistencia, de participación y de cumplimiento de los contenidos previstos.

RESULTADOS

En el primer grupo, las impresiones globales de los participantes reflejaron valoraciones positivas acerca del programa. Los padres manifestaron que los contenidos les habían resultado útiles y el personal del centro valoró positivamente la iniciativa y consideró viable la continuidad del programa.

En el segundo grupo, los resultados de la escala Likert (**Tabla 1**) fueron los siguientes: el 100% (n=10) de los participantes evaluó el grupo como “bueno” o “muy bueno”. Sobre las sesiones concre-

Tabla 1. Resultados de la encuesta						
Aspecto evaluado	Respuestas n (%)					
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Otros
Opinión general del curso	1 (10%)	9 (90%)	–	–	–	–
Sobre las sesiones	Nada	Poco		Bastante		Mucho
Expresión de preocupaciones	–	2 (20%)		5 (50%)		3 (30%)
Aumento de conocimientos	–	1 (11%)		3 (33%)		5 (55%)
Analizar factores intervinientes en educación	–	–		6 (60%)		4 (40%)
Conocimientos del rol de padre	–	–		5 (50%)		5 (50%)
Desarrollar habilidades de comunicación	–	1 (11%)		4 (44%)		4 (44%)
Sobre los coordinadores						
Lenguaje usado	Claro 10 (100%)			Confuso –		
Fomento de participación	Poco –		Bastante 1 (10%)		Mucho 9 (90%)	
Calidad de intervenciones	Muy buena 9 (90%)	Buena 1 (10%)		Regular –		Mala –
Sobre el lugar de las sesiones	Adecuado 10 (100%)			Inadecuado –		

tas, el 80% de los participantes consideraron que los había ayudado a expresar las preocupaciones sobre sus hijos entre “bastante” y “mucho”; un 88% de los participantes consideraron que las sesiones los ayudaron a aumentar sus conocimientos entre “bastante” y “mucho”; el 100% de los participantes opinaron que los había ayudado a analizar los factores que intervienen en la educación de sus hijos entre “bastante” y “mucho”; el 100% refirió haber aumentado entre “bastante” y “mucho” los conocimientos sobre el rol educador de los padres, y un 88% refirió haber adquirido habilidades para comunicarse con sus hijos entre “bastante” y “mucho”.

En relación a las preguntas abiertas, el 100% de los participantes consideró útil toda la información y destacaron como contenidos de mayor utilidad la información relativa al masaje del bebé, la información relacionada con los estilos de parentalidad y los factores intervinientes en la educación, así como los ejemplos prácticos y la puesta en común de preocupaciones.

Los datos recogidos por la observadora externa (enfermera de Pediatría del centro) reflejan lo si-

guiente: en cuanto al nivel de asistencia y de participación, de los diez participantes reclutados, acudieron todos a la primera sesión y nueve a la segunda. Todos ellos participaron de forma activa realizando al menos una pregunta o comentario en las sesiones. En cuanto al cumplimiento del programa, los cuatro bloques temáticos preparados se impartieron conforme a lo previsto (en distribución temporal y contenidos abordados).

DISCUSIÓN

Como ya se ha referido más arriba, las consultas pediátricas se pueden llegar a ver saturadas no solo con consultas propiamente médicas, sino también con consultas relacionadas con problemas de manejo de conducta o trastornos mentales, siendo este el motivo de consulta no orgánico más importante²¹. En esta situación, una buena respuesta a la demanda de los padres por parte del centro de salud resulta esencial. Como han señalado algunos autores²², es beneficioso crear espacios de reflexión que puedan minimizar el sufrimiento de los niños y sus familiares más cercanos. Una co-

recta información y formación a los cuidadores principales puede evitar el desarrollo de problemas, funcionando como estrategia de prevención, además de ayudar a detectar los casos de manera precoz, evitando su empeoramiento o cronificación y finalmente liberando la sobrecarga de las consultas pediátricas.

En estudios clásicos se ha advertido la dificultad de una correcta identificación y tratamiento de los problemas de Salud Mental en las consultas de Pediatría²³. Aunque muchas limitaciones se han superado en los últimos años, aumentando el número de diagnósticos y tratamientos de trastornos mentales en las consultas pediátricas⁴, sigue siendo necesario continuar trabajando en este área, dada la dificultad en el abordaje de algunos de estos casos⁴.

La creación de una escuela de padres ha resultado ser una herramienta útil en este sentido. Las experiencias fueron bien acogidas tanto por los cuidadores como por el personal del centro, y los resultados obtenidos invitan a plantearse la posibilidad de desarrollar un proyecto a más largo plazo. No obstante, hay que tener en cuenta las limitaciones de este estudio. En primer lugar, se trata de un estudio piloto, con una duración limitada y una evaluación transversal, lo cual no nos permite conocer por el momento los efectos a medio y largo plazo. Tampoco contamos con una evaluación previa, lo que impide cuantificar de manera objetiva el grado de mejoría. En segundo lugar, el tamaño de la muestra dificulta la generalización de los resultados. Y en tercer lugar, se trata de un estudio descriptivo y sin grupo control, con las limitaciones propias de este tipo de diseños a la hora de extraer conclusiones.

A pesar de estas limitaciones, el hecho de que todos los participantes hayan encontrado satisfactoria esta experiencia sugiere que podríamos encontrar resultados suficientemente buenos en una

muestra más amplia. Por otra parte, las deficiencias de un estudio descriptivo pueden quedar compensadas con una mayor validez ecológica.

Además, actualmente tenemos previsto llevar a cabo un programa de mayor duración y con mayor tamaño muestral que nos permita la valoración objetiva de los resultados a partir de medidas pre-test-postest, así como un seguimiento longitudinal a largo plazo que valore el impacto de la intervención en el descenso del número de consultas pediátricas frente a un grupo control. Estos datos nos permitirán justificar la necesidad de un vínculo permanente entre AP y Salud Mental, no reducido únicamente a tres meses al año.

Desde nuestro punto de vista, estas intervenciones suponen una actividad preventiva y de promoción de la salud que beneficia tanto a los cuidadores como a sus hijos, y que podría suponer un descenso en la sobrecarga asistencial, así como una reducción del gasto sanitario a largo plazo. Por ello, consideramos que resulta crucial desarrollar programas de prevención en AP, como la escuela de padres, y en general fomentar una mayor integración y colaboración en el trabajo de AP y Salud Mental.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Paloma Domingo Gutiérrez, Pediatra de Atención Primaria del centro de salud de Ventura Rodríguez, y promotora del programa del que se habla en el presente artículo, su labor docente y asistencial, así como su espíritu de innovación y mejora de la profesión.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **CM:** Comunidad de Madrid • **EAP:** equipos de Atención Primaria • **PIR:** psicólogo interno residente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2012 [en línea] [consultado el 01/05/2013]. Disponible en <http://goo.gl/d00KWX>
2. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2011 [en línea] [consultado el 01/05/2013]. Disponible en <http://goo.gl/R94JN6>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ratios: población por profesional. 2012 [en línea] [consultado el 01/05/2013]. Disponible en <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es>
4. Kelleher KJ, Stevens J. Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatr.* 2009;9:7-14.
5. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, Concepción Salesa A. Validez del diagnóstico clínico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria.* 2008;40:29-33.
6. Marsh E, Graham S. Clasificación y Tratamiento de la Psicopatología Infantil. En: Caballo V, Simón M (eds.). *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales.* Madrid: Ediciones Pirámide; 2006. p. 29-56.
7. Servera M, Bornas X, Moreno I. Hiperactividad Infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En: Caballo V, Simón M (eds.). *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales.* Madrid: Ediciones Pirámide; 2006. p. 401-33.
8. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
9. Del Barrio V. El niño deprimido. Barcelona: Ediciones Ariel; 2007.
10. Méndez F, Olivares J, Bermejo R. Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades. En: Caballo V, Simón M (eds.). *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales.* Madrid: Editorial Pirámide; 2006. p. 59-92.
11. Butter E, Mulick JA, Metz B. Eight case reports of learning recovery in children with pervasive developmental disorders after early intervention. *Behavioral Interventions.* 2006;21:227-43.
12. Cioni G, D'acunto G, Guzzetta A. Perinatal brain damage in children: neuroplasticity, early intervention, and molecular mechanisms of recovery. *Prog Brain Res.* 2011;189:139-54.
13. Fowler DG, Hodgekins J, Arena K, Turner R, Lower R, Wheeler K, et al. Early detection and psychosocial intervention for young people who are at risk of developing long term socially disabling severe mental illness: Should we give equal priority to functional recovery and complex emotional dysfunction as to psychotic symptoms? *Clin Neuropsychol.* 2010;7: 63-71.
14. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care.* 2011; 15:R41.
15. Shanahan T, Barr R. Reading recovery: An independent evaluation of the effects of an early instructional intervention for at-risk learners. *Read Res Quart.* 1995;30:958-96.
16. Programa formativo de la especialidad en Psicología Clínica. Orden SAS/1620/2009 del 02 de junio de 2009. BOE N.º146; 2009 [en línea]. Disponible en www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psicologia_C.pdf
17. Fox RA, Fox DA, Anderson RC. Measuring the effectiveness of the star parenting program with parents of young children. *Psychol Rep.* 1991;68:35-40.
18. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child.* 2007;92:229-33.
19. Puura K, Davis H, Cox A, Tsiantis J, Tamminen T, Ispanovic-Radojkovic V, et al. The european early promotion project: description of the service and evaluation study. *Int J Ment Health Prom.* 2005;7:17-31.
20. McMillan SA, Barnes J, Barlow J. Primary study evidence on effectiveness of interventions (home, early education, child care) in promoting social and emotional wellbeing of vulnerable children under 5. London, U.K.: National Institute for Clinical Excellence; 2012 [en línea]. Disponible en <http://goo.gl/9ljyCw>

21. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2008;12:949-58.
22. Bonet de Luna C, Fernández García M, Chamón Parra M. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:471-89.
23. Lavigne JV, Binns HJ, Kaufer K. Behavioural and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatrics*. 1993;91:649-55.
24. Kelleher KJ, McInerney TK, Gardner WP. Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics*. 2000;105:1313-21.



Original Papers

A Mental Health Prevention Program in Pediatric Primary Care: A pilot study

I. Caro-Cañizares, L. Rodríguez Blanco, C. Vidal Mariño, M. Segura-Valverde

Psychology resident interns. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. Spain.

Published in Internet:
27-June-2014

Irene Caro-Cañizares:
icaroc@fjd.es

Abstract

Introduction: childhood mental disorders are the most important non-organic reasons for consultation and the most common chronic conditions attended in Pediatric Primary Care. Early detection and intervention may prevent or ameliorate the development of these disorders and reduce healthcare burden in the long run.

Methods: we designed a parenting program for 16 parents or principal caregivers of 0-5-aged children. Participants were recruited from the Pediatric Primary Care services of the Ventura Rodríguez Health Center in Madrid. Participants were divided into two groups according to their children's age. Our program was carried out in two sessions of one hour and a half combining theoretical contents and practical activities.

Results: in the first group, we obtained positive qualitative results regarding the usefulness of the addressed contents and the viability of the program. Quantitative data showed that 100% participants in the second group assessed the program as "Good" or "Very Good" and considered useful all the information provided in the program.

Conclusion: our results support the necessity of implementing prevention activities in the field of childhood mental health. It is also important to promote cooperation between Pediatric Primary Care and Mental Health services.

Key words:

- Mental health
- Childhood
- Primary Prevention
- Parenting Program

Programa de prevención de Salud Mental en Atención Primaria pediátrica: un estudio piloto

Resumen

Introducción: los trastornos mentales en la infancia son el motivo de consulta no orgánica más importante y el grupo de condiciones crónicas más común atendido en las consultas de Atención Primaria pediátrica. La detección e intervención precoz de estos problemas favorece una rápida recuperación, resultando a largo plazo en una menor carga asistencial.

Método: en el Centro de Salud de Ventura Rodríguez se ha desarrollado un programa piloto con 16 cuidadores principales de los niños y niñas de cero a cinco años, que acudían a las consultas de Pediatría. El programa se llevó a cabo en dos grupos, siguiendo un formato de escuela de padres. Para cada grupo se realizaron dos sesiones de hora y media de duración en las que se combinaron contenidos teóricos con actividades prácticas.

Resultados: en el primer grupo se reflejaron valoraciones positivas acerca de la utilidad de los contenidos y se consideró viable la continuidad del programa. En el segundo grupo, el 100% de los participantes evaluó el grupo como "bueno" o "muy bueno" y consideró útil toda la información del programa.

Conclusiones: los resultados de este programa fueron satisfactorios, lo cual apoya la necesidad de seguir desarrollando actividades de prevención y colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria pediátrica.

Palabras clave:

- Salud mental
- Infancia
- Prevención primaria
- Escuela de padres

How to quote this article: Caro-Cañizares I, Rodríguez Blanco L, Vidal Mariño C, Segura-Valverde M. A Mental Health Prevention Program in Pediatric Primary Care: A pilot study. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:109-14

INTRODUCTION

In year 2010, paediatric care in primary care teams (PCTs) in centres of the autonomous community of Madrid (ACM) exceeded five million visits, with caseloads of 23 patients a day.^{1,2} The number of patients served by each paediatrician in a PCT of the ACM rose to 1093³ in year 2010. Specifically, in the healthcare district known as Area 6 (west area of the ACM, to which the Ventura Rodríguez health care centre belongs), the ratio was the highest in this community, with 1294 patients cared for by each provider. This denotes an excess in demand and limits the time that can be devoted to each patient.

In their review about the evolution of child mental health services in primary care, Kelleher and Stevens⁴ showed that mental disorders of childhood were the most common chronic conditions for which services were sought in paediatrics. Similar data have been described in the Spanish population.⁵

At a global level, it is estimated that the prevalence of mental disorders in children approximately ranges between 14% and 22%.⁶ More specifically, other authors have found high prevalence rates of mental health problems related to conduct disorders (between 3% and 7%),⁷ learning disorders (at least 5%),⁸ mood disorders (between 1% and 3% for depression, and between 3% and 7% for dysthymia)⁹ and anxiety disorders and phobias (between 1% and 16%).¹⁰

As various authors state,¹¹⁻¹⁵ early detection and treatment of these problems facilitates a quick recovery. In this regard, the role of the PCT paediatrician could be crucial, as it is the referring provider for the parents, the professional that parents depend upon to manage the problems of their children.

In spite of this situation, PC centres in the ACM do not currently have mental health professionals on staff. However, for three years now, the educational curriculum for a specialist in clinical psychology (psychology resident intern [PIR]) has included a

three-month-long rotation in PC. The activity they develop in relation to the child and adolescent population involves participation in PCT paediatrician and nurse visits, and participation and collaboration in health prevention and promotion programmes.¹⁶

Given the difficulties in the parent-child relationship observed in this context, the need to set up a parenting school to provide the main caregivers with the skills for the early detection and management of these problems was identified. This type of intervention is more established in other countries, where there are standardised programmes that have demonstrated their efficiency, such as the *STAR Parenting Program* in the United States, which focuses on increasing parents' skills to manage the behaviour of children aged 1 through 5 years,¹⁷ or the programmes of the *Centre for Parents and Child Support* of London, which among other aspects attempt to improve parent-child interactions.^{18,19} The effectiveness of this type of early interventions in promoting the emotional and social wellbeing of children younger than five years was demonstrated in a recent meta-analysis study.²⁰

The main purpose of the parenting school is to prevent the development of mental health problems in childhood and to alleviate the excessive caseload in paediatric consults. A pilot programme was implemented to work with the main caregivers of children aged 0 to 5 years who received paediatric care.

METHODS

Population

Two group interventions were performed in the Ventura Rodríguez Healthcare Centre (Madrid, Spain). The first intervention took place in August 2010. This group comprised a total of six fathers, mothers, and caregivers of four children ages 2 to 5 years recruited from the paediatric office during July and August. Members received a phone reminder of the first group meeting a week prior. The

second intervention took place in August 2011. This group consisted of ten fathers, mothers, or caregivers of a total of six babies 0 to 3 months who were recruited in the same manner as the first group (in-person communication at the Paediatrics office the previous month, and telephone reminder the week before the first group meeting).

Contents

The contents of the first group focused on conveying basic notions of parenting styles, identifying the styles characteristic of the caregivers and the styles with which they had been brought up, behaviour modification techniques, contingency management, and skills to set limits and manage temper tantrums.

The contents of the second group revolved around developing a bond and attaching with the child, the development of skills to adjust to the new situation, and learning the basics of parenting styles and behaviour modification to set limits in the future.

Both groups participated in two one-hour-and-a-half long sessions, which occurred weekly, facilitated by the psychology resident intern who was currently on rotation at the PC department, supervised by the paediatrician, and evaluated by an observer (nurse) to ensure adherence to the objectives. The sessions were divided into different sections depending on the subjects to cover, with theoretical presentations alternating with practical activities and group discussions.

Assessment

The purpose of the first group was to assess the possibility of implementing the program (demand for the service, availability of space to perform it, acceptance by other professionals, etc.), so structural assessment tools were not utilised. We recorded the overall impressions, expressed verbally, of the participants and of the rest of the staff in the centre.

The purpose of the second group, following the first experience, was to assess the quality of the

intervention and the satisfaction of the participants by means of a questionnaire of close- and open-ended questions that the fathers, mothers, and caregivers who attended the group filled out in the last session of the educational programme.

The questionnaire had ten close-ended questions on a Likert scale that assessed the overall impression of the course, the perceived improvement in the knowledge of aspects related to the contents of the sessions, appreciation of formal aspects pertaining to the professionals who facilitated the group, and assessment of the physical space in which the group sessions were held. It also included two open-ended questions about the perceived utility of the contents that the group had worked on.

An external observer was also present in the second group and evaluated the attendance, participation, and adherence to the planned contents.

RESULTS

In the first group, participants reported having favourable impressions of the programme. Parents stated that they had found the contents useful and the staff of the centre assessed the initiative favourably and believed it was viable to continue with the programme.

In the second group, the results of the Likert scale (**Table 1**) were the following: 100% (n=10) of participants evaluated the group as “good” or “very good”. When it came to specific sessions, 80% of participants believed that the group had helped them to express their concerns about their children “fairly” or “much”; 88% of participants considered that the sessions had helped them increase their knowledge “fairly” or “much”; 100% stated that they had helped them analyse the factors involved in childrearing “fairly” or “much”; 100% reported that their understanding of the role of the parent as educator had grown “fairly” or “much”; and 88% answered “fairly” or “much” to whether they had acquired skills to communicate with their children.

Table 1. Results of the questionnaire						
Object of assessment	Responses n (%)					
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	Other
Overall impression of the course	1 (10%)	9 (90%)	–	–	–	–
About the sessions	Nothing	Little	Fairly	Much		
Sharing concerns	–	2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)		
Increasing knowledge	–	1 (11%)	3 (33%)	5 (55%)		
Analysing factors involved in childrearing	–	–	6 (60%)	4 (40%)		
Understanding the parental role	–	–	5 (50%)	5 (50%)		
Developing communication skills	–	1 (11%)	4 (44%)	4 (44%)		
About the coordinators						
Language used	Clear 10 (100%)			Confusing –		
Encouraged participation	A little –		Fairly 1 (10%)	Much 9 (90%)		
Quality of interventions	Very good 9 (90%)	Good 1 (10%)	Not so good –		Bad –	
Physical setting of sessions	Adequate 10 (100%)			Inadequate –		

When it came to the open-ended questions, 100% of participants considered that all the information was useful, and that the most useful contents were the information pertaining to baby massage, parenting styles, and the factors involved in childrearing, as well as the practical examples and the discussion of concerns.

The data gathered by the external observer (a paediatric nurse of the centre) showed the following: when it came to attendance and participation, out of the 10 recruited participants, all showed up to the first session, and 9 to the second. All of them participated actively asking at least one question or making at least one comment during the sessions. As for adherence to the programme, the four subject blocks were taught as planned (time-wise and in terms of the contents covered).

DISCUSSION

As we have mentioned, paediatric offices can be overburdened not only with visits regarding medical matters, but also with visits for mental health or behavioural problems, which constitute the

most common non-organic reason for visits.²¹ Under these circumstances, it is essential that the healthcare centre can respond to the parents' requirements. As some authors have pointed,²² creating spaces for reflection can be beneficial in minimising the suffering of children and their closest relatives. Providing the main caregivers with correct information and training may prevent the development of problems, working as a preventive strategy, and helping detect problems early, keeping them from getting worse or becoming chronic, and ultimately alleviating the high caseloads in paediatric services.

Past studies have revealed the difficulty experienced by paediatric departments to identify and treat mental health disorders.²³ Although many limitations have been overcome in recent years, increasing the frequency of the diagnosis and treatment of mental disorders in paediatric care,⁴ there is still work to be done in this area, as the management of some of these cases can be challenging.⁴

The development of a parenting school has been a useful tool in this regard. The experiences were

well received by caregivers and healthcare staff alike, and the results make it worth considering the possibility of developing a long-term project. Still, we need to keep in mind the limitations of this study. First of all, it is a cross-sectional pilot study of limited duration, so it does not allow us to know the mid- and long-term effects of the intervention. No baseline assessment was available, so we could not objectively quantify the degree of improvement. Secondly, the sample size limits the generalisability of the results. And third of all, this is a descriptive study with no control group, with the limited capacity for reaching conclusions characteristic of such designs.

Despite these limitations, the fact that all participants found the experience satisfactory suggests that we could observe sufficiently good results in a larger sample. On the other hand, the limitations of having done a descriptive study could be compensated by its greater ecological validity.

Furthermore, we currently plan on conducting a study with longer duration and a larger sample allowing for the objective assessment of the results using a pretest-posttest design, and with a longitudinal long-term follow up to assess the impact

of the intervention in decreasing the number of paediatric visits compared to a control group. Such data would allow us to support the need of a permanent link between PC and mental health, as opposed to one restricted to three months a year.

In our opinion, these interventions are a health prevention and promotion activity that benefits both caregivers and their children, and that could lead to a decreased burden on the healthcare system and decreased healthcare costs in the long term. Thus, we believe it is essential that we develop preventive programs within PC, such as the parenting school, and generally promote a greater integration and collaboration of PC and mental health services.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare having had no conflicts of interest in relation to the preparation and publication of this study.

ACRONYMS

ACM: Autonomous Community of Madrid • **PC:** primary care • **PCTs:** Primary Care teams • **PIR:** psychology resident intern.

BIBLIOGRAPHY

1. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2012 [on line] [consulted on 01/05/2013]. Available in <http://goo.gl/d00KWX>
2. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2011 [on line] [consulted on 01/05/2013]. Available in <http://goo.gl/R94JN6>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ratios: población por profesional. 2012 [on line] [consulted on 01/05/2013]. Available in <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es>
4. Kelleher KJ, Stevens J. Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatr.* 2009;9:7-14.
5. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, Concepción Salesa A. Validez del diagnóstico clínico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria.* 2008;40:29-33.
6. Marsh E, Graham S. Clasificación y Tratamiento de la Psicopatología Infantil. In: Caballo V, Simón M (eds.). *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales.* Madrid: Ediciones Pirámide; 2006. p. 29-56.
7. Servera M, Bornas X, Moreno I. Hiperactividad Infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. In: Caballo V, Simón M (eds.). *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del*

- Adolescente. Trastornos Generales. Madrid: Ediciones Pirámide; 2006. p. 401-33.
8. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 9. Del Barrio V. El niño deprimido. Barcelona: Ediciones Ariel; 2007.
 10. Méndez F, Olivares J, Bermejo R. Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades. In: Caballo V, Simón M (eds.). Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales. Madrid: Editorial Pirámide; 2006. p. 59-92.
 11. Butter E, Mulick JA, Metz B. Eight case reports of learning recovery in children with pervasive developmental disorders after early intervention. Behavioral Interventions. 2006;21:227-43.
 12. Cioni G, D'acunto G, Guzzetta A. Perinatal brain damage in children: neuroplasticity, early intervention, and molecular mechanisms of recovery. Prog Brain Res. 2011;189:139-54.
 13. Fowler DG, Hodgekins J, Arena K, Turner R, Lower R, Wheeler K, et al. Early detection and psychosocial intervention for young people who are at risk of developing long term socially disabling severe mental illness: Should we give equal priority to functional recovery and complex emotional dysfunction as to psychotic symptoms? Clin Neuropsych. 2010;7:63-71.
 14. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. Crit Care. 2011;15:R41.
 15. Shanahan T, Barr R. Reading recovery: An independent evaluation of the effects of an early instructional intervention for at-risk learners. Read Res Quart. 1995;30:958-96.
 16. Programa formativo de la especialidad en Psicología Clínica. Orden SAS/1620/2009 del 02 de junio de 2009. BOE N.º146; 2009 [en línea]. Available in www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psicologia_C.pdf
 17. Fox RA, Fox DA, Anderson RC. Measuring the effectiveness of the star parenting program with parents of young children. Psychol Rep. 1991; 68:35-40.
 18. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improvin parenting and healthin families at risk of abuse and neglect results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. Arch Dis Child. 2007;92:229-33.
 19. Puura K, Davis H, Cox A, Tsiantis J, Tamminen T, Ispanovic-Radojkovic V, et al. The european early promotion project: description of the service and evaluation study. Int J Ment Health Prom. 2005;7:17-31.
 20. McMillan SA, Barnes J, Barlow J. Primary study evidence on effectiveness of interventions (home, early education, child care) in promoting social and emotional wellbeing of vulnerable children under 5. London, U.K.: National Institute for Clinical Excellence; 2012 [en línea]. Available in <http://goo.gl/9ljyCw>
 21. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral. 2008;12:949-58.
 22. Bonet de Luna C, Fernández García M, Chamón Parra M. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13: 471-89.
 23. Lavigne JV, Binns HJ, Kaufer K. Behavioural and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. Pediatrics. 1993;91:649-55.
 24. Kelleher KJ, McInerny TK, Gardner WP. Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. Pediatrics. 2000;105:1313-21.